

第4号様式(第9条関係)

後期高齢者福祉医療費支給申請書						
						年 月 日
日進市長 宛て		申請者 住所 _____				
		氏名 _____				
		受給者との続柄( ) _____				
		電話( ) _____				
次のとおり医療費支給を申請します。						
受給者	受給者番号					
	住所					
	氏名		生年月日		年 月 日	
医療機関		所在地 名称				
医療費総額		円				
申請額		円				
口座振込希望 の金融機関等		(銀行等コード) (銀行名等)		銀行・信用金庫 農業協同組合	預金種類	普通・当座
		(支店等コード) (支店名等)		本店・支店 出張所・支所	口座番号	
				(フリガナ)	口座名義	
申請理由		<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 受給者証不携帯での受診 <input type="checkbox"/> 受給者証非取扱機関での受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他				
①医療費 総額	②結核、精 神等による 公費負担額	③自己 負担割 合	④自己 負担額 ①-②×③	⑤高額 療養費	⑥家族療 養付加金	⑦支給決定 額 (④-⑤-⑥)
円	円	割	円	円	円	円